

Руководителю медицинской организации

от гр.

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина _____,
(фамилия, имя отчество)

дата рождения _____, место рождения _____,
(число, месяц, год)

гражданство _____, пол мужской/женский(нужное подчеркнуть), представителем которого я
являюсь _____,
(попечительство и т. д., а так же вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____
(полное наименование организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) № _____, выдан страховой медицинской
организацией _____

В случае наличия у застрахованного лица, представителем которого я являюсь, временного свидетельства даю согласие на регистрацию
настоящего заявления в Региональном сегменте единого реестра застрахованных лиц города Москвы с момента установления страховой
принадлежности застрахованного лица.

Место регистрации: _____, дата регистрации: _____

Место жительства(пребывания): _____
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адрес, отличного от адреса регистрации)

Прикреплен к медицинской организации _____
(наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации).

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина:
серия _____ № _____, выдан « _____ » _____ года

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация _____

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование персональных данных
застрахованного лица, представителем которого являюсь, и моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные
телефоны, реквизиты паспорта(документа удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за
медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка — в медико-профилактических целях, в целях установления
медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным
сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской организацией мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные
данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего обследования и лечения.

Представляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление,
хранение(в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.
Медицинская организация в праве обрабатывать мои персональные данные по средством внесения их в электронную базу данных, включения в списки(реестры) и отчетные формы,
предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Медицинская организация имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со
страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с
соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется
лицом, обязанных сохранять профессиональную(служебную) тайну при их обработке в соответствии с действующим законодательством РФ.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну следующим
лицам: _____

Настоящее согласие дано мной с даты подписания и действует бессрочно.

« _____ » _____ года _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления « ____ » _____ года

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с « ____ » _____ Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

(подпись) (Ф.И.О. Руководителя МО)

« ____ » _____ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки

« ____ » _____ года

Получил копию заявления _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)